



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

IMPLEMENTASI JKN DAN MEKANISME PENGAWASANNYA DALAM SISTEM KESEHATAN NASIONAL

dr. Mohammad Edison

Ka. Grup Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan

Yogyakarta, 15 Maret 2014



www.bpjs-kesehatan.go.id



Agenda

Dasar Hukum

Kepesertaan, Iuran dan Manfaat

Faskes BPJS

Pembayaran BPJS Kesehatan

Harapan



OUTLINE

PENGANTAR

KEPESERTAAN

MANFAAT JAMINAN KESEHATAN

TANTANGAN RS ERA JKN

STRATEGI MENGELOLA TANTANGAN

**KONSEP KENDALI MUTU DAN PENGUKURAN
MUTU PELAYANAN KESEHATAN**

**PENGELOLAAN FRAUD DAN ABUSE
PELAYANAN KESEHATAN**



Dasar Hukum



DASAR HUKUM

- 1. UU No.40 Tahun 2004**
Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- 2. UU No.24 tahun 2011**
Tentang Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial
- 3. PERPRES No.12 Tahun 2013** tentang Jaminan Kesehatan
- 4. PERPRES No.111 Tahun 2013** tentang Jaminan Kesehatan
- 5. Permenkes 71 Tahun 2013**
Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional
- 6. Permenkes No.69 Tahun 2013**
Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama & Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan



DASAR HUKUM

- 7. Kepmenkes Nomor 455/Menkes/SK/XI/2013**
tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan
- 8. SE Menkes 31 Tahun 2014**
Tentang Pelaksanaan Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama & Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
- 9. SE Menkes 32 Tahun 2014**
Tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta BPJS Kesehatan Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama & Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan



Kepesertaan dan Manfaat

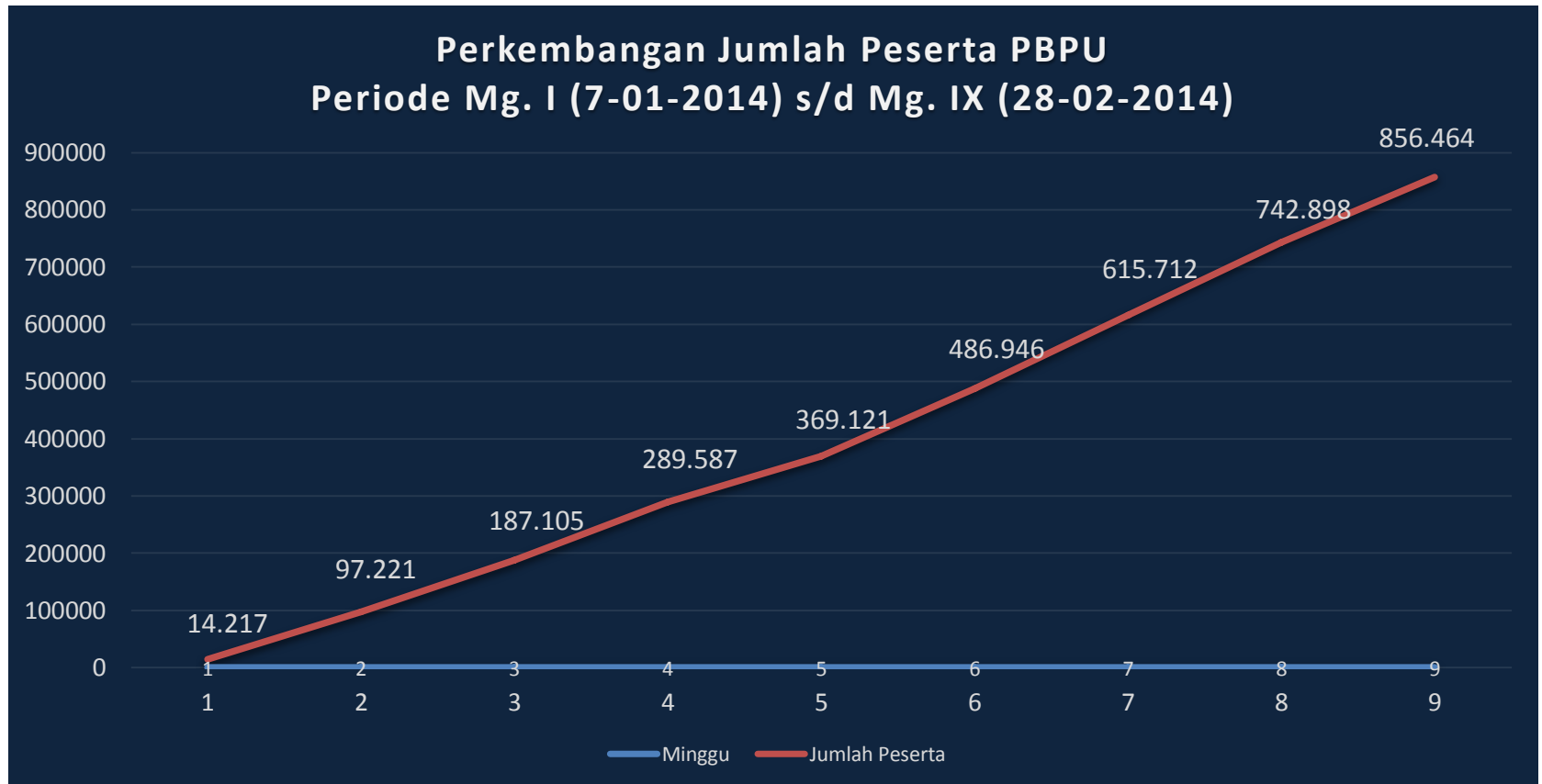


Jumlah Peserta per 28 Februari 2014

NO	JENIS KEPESERTAAN	JUMLAH
A	PESERTA PBI	
1	PBI APBN	86.400.000
2	PBI APBD	3.850.012
	Sub total PBI	90.250.012
B	PESERTA NON PBI	
1	Pekerja Penerima Upah	
a	Eks Askes Sosial	11.295.255
b	TNI	1.152.536
c	POLRI	892.952
d	Eks Jamsostek dan Badan Usaha Baru	8.187.216
	Sub Total	21.527.959
2	Pekerja Bukan Penerima Upah	856.464
3	Bukan Pekerja	
a	Penerima Pensiun Pemerintah	4.452.784
b	Veteran	449.722
c	Perintis Kemerdekaan	2.689
d	Penerima Pensiun Swasta	13.598
e	Bukan Pekerja lainnya	307
	Sub total	4.919.100
TOTAL :		117.553.535

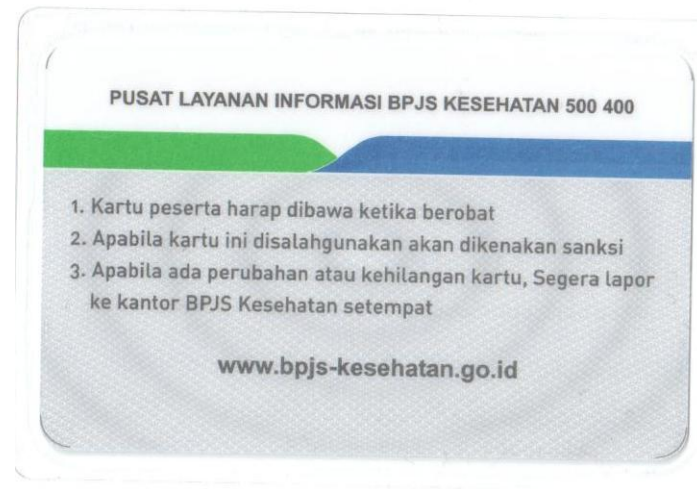


Grafik Perkembangan PBPU sd 28 Februari 2014



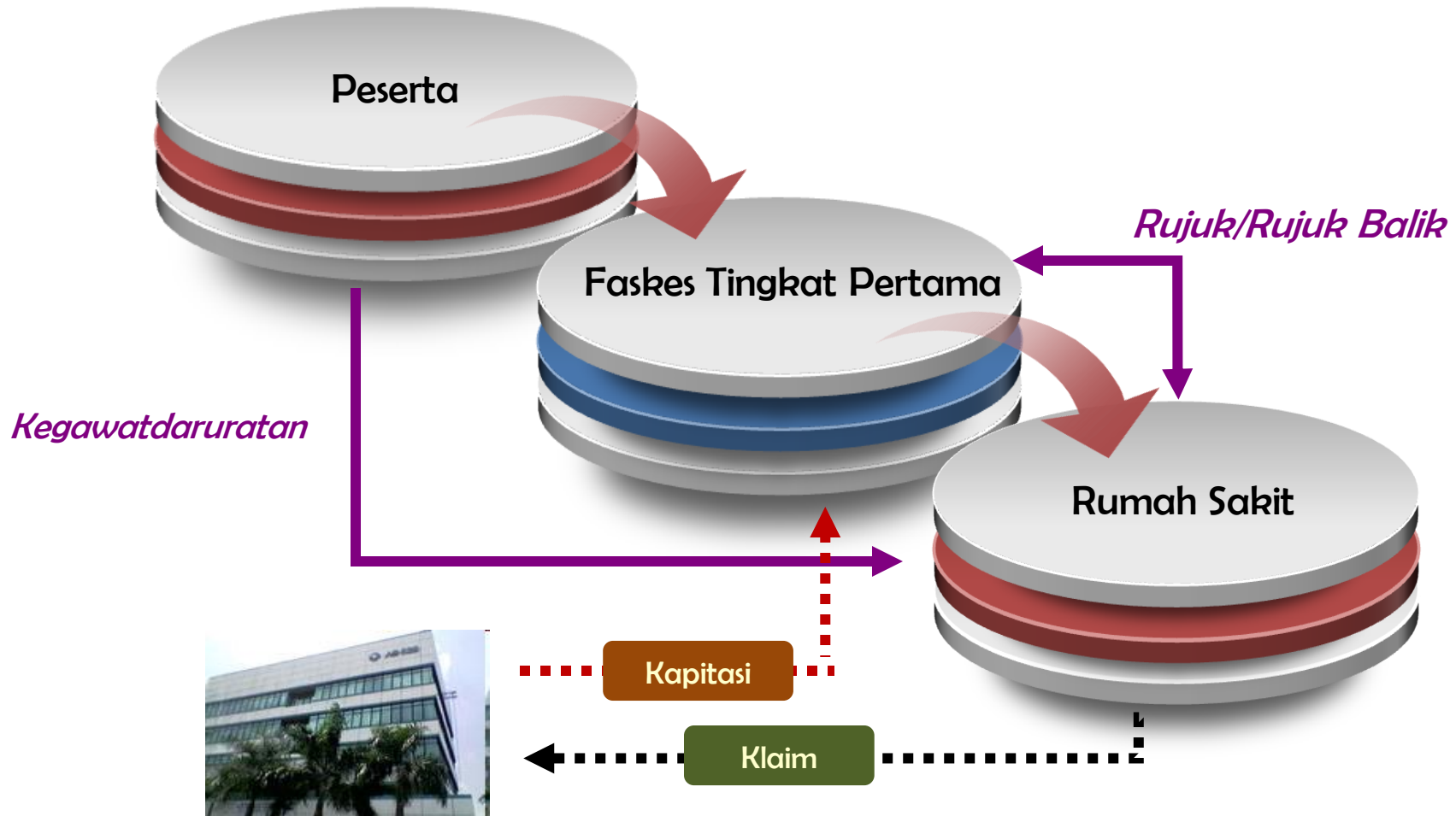


CONTOH KARTU



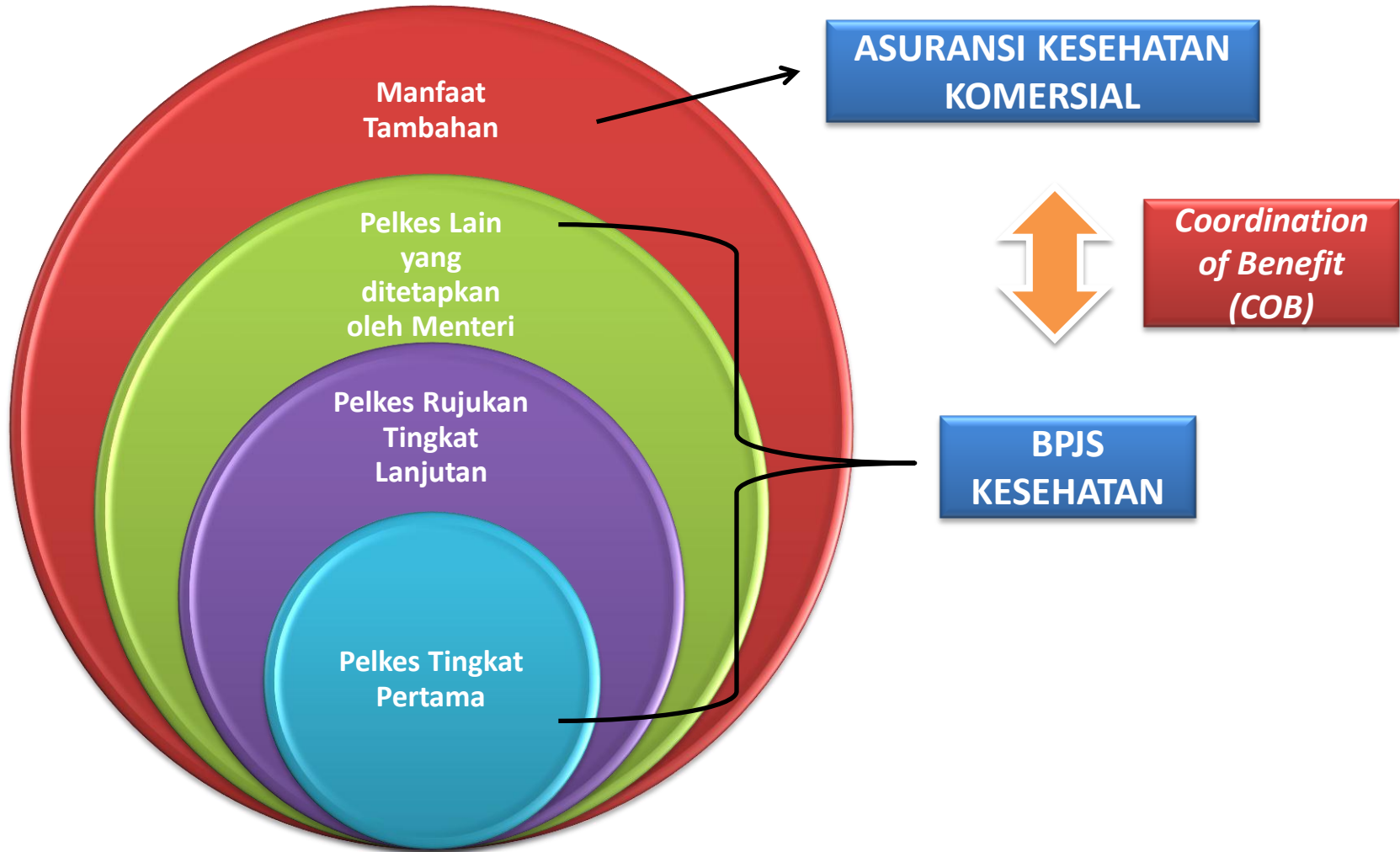


Alur Pelayanan Kesehatan



Kantor Cabang
BPJS Kesehatan

KOORDINASI MANFAAT





Pola Pembayaran

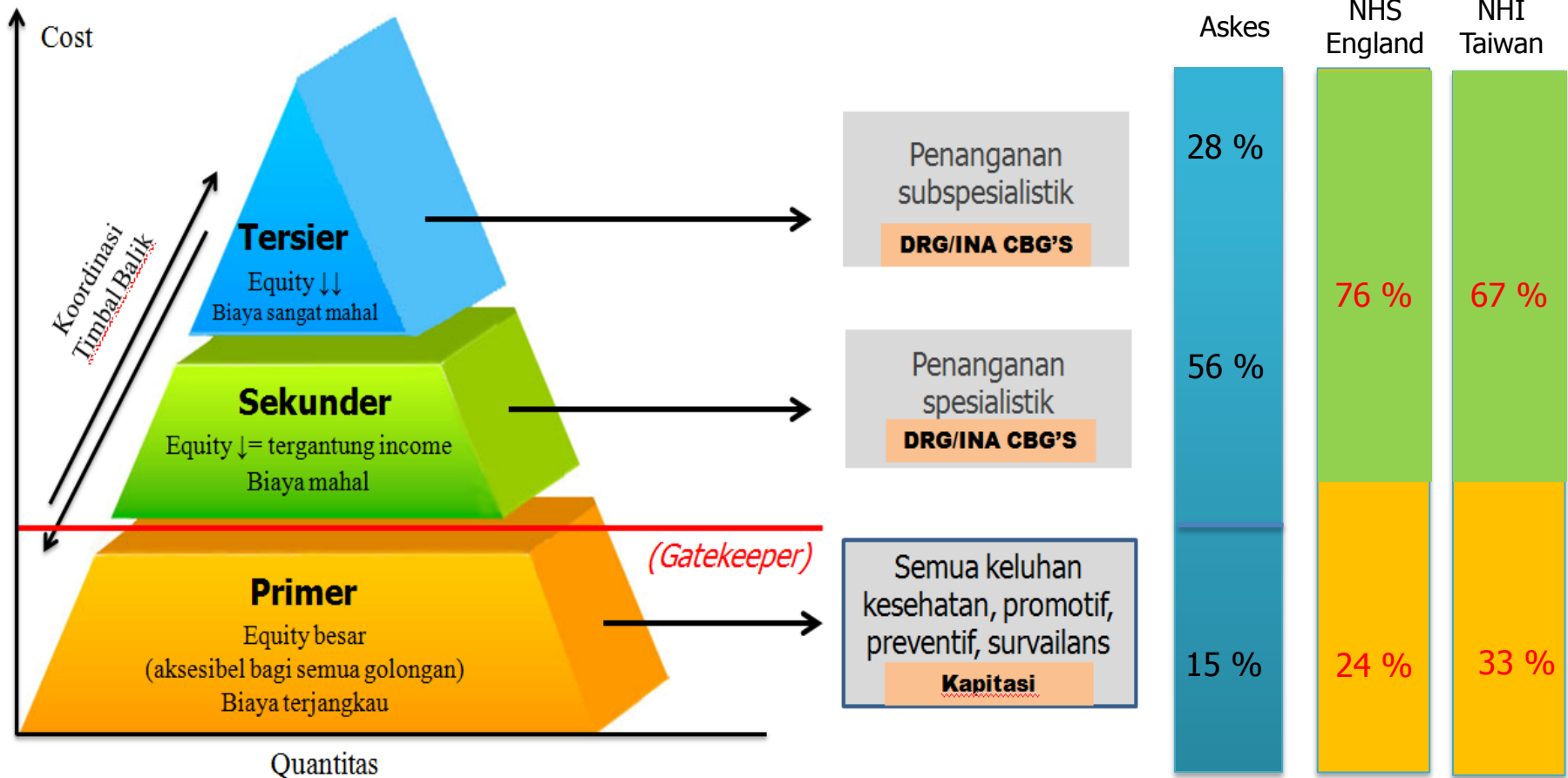


ERA BPJS: MENATA SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

GATE KEEPER CONCEPT – PROMOTIF – PREVENTIF

Memperkuat Posisi Pelayanan Primer dalam Piramida Layanan: Sebagai Pintu Masuk

Sistem Yankes **BERJENJANG**





PERUBAHAN POLA PEMBIAYAAN

FEE FOR SERVICE



INA CBG's

FEE FOR SERVICE

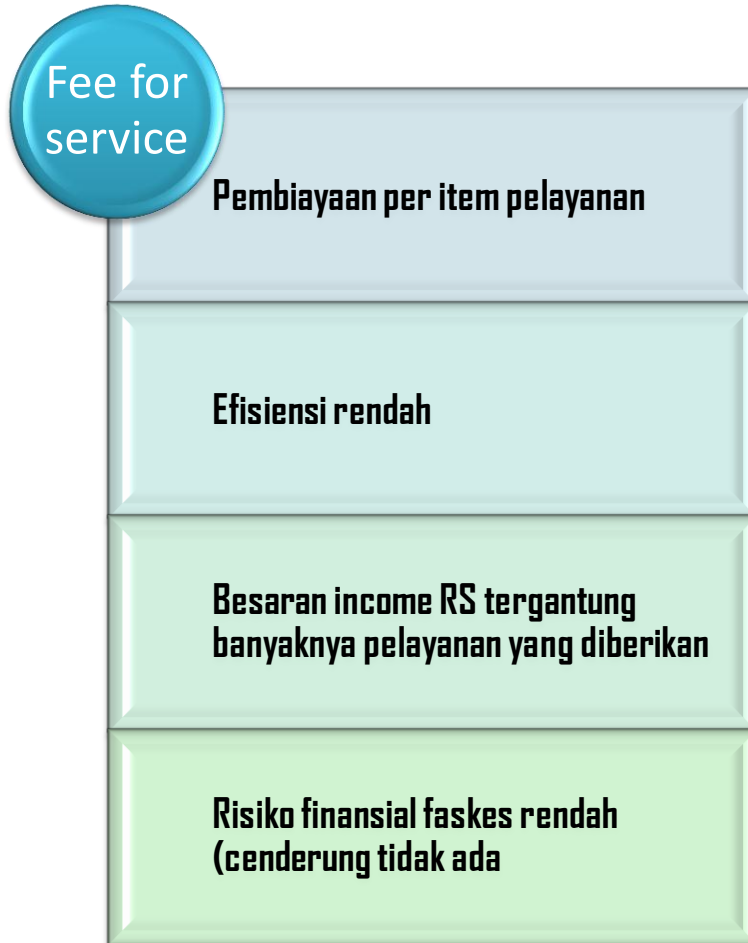
- Pembiayaan per item pelayanan
- Besaran income RS tergantung volume pelayanan
- Kecenderungan supplier-induced-demand tinggi
- Efisiensi rendah
- Risiko finansial faskes rendah (cenderung tidak ada

INA CBG's

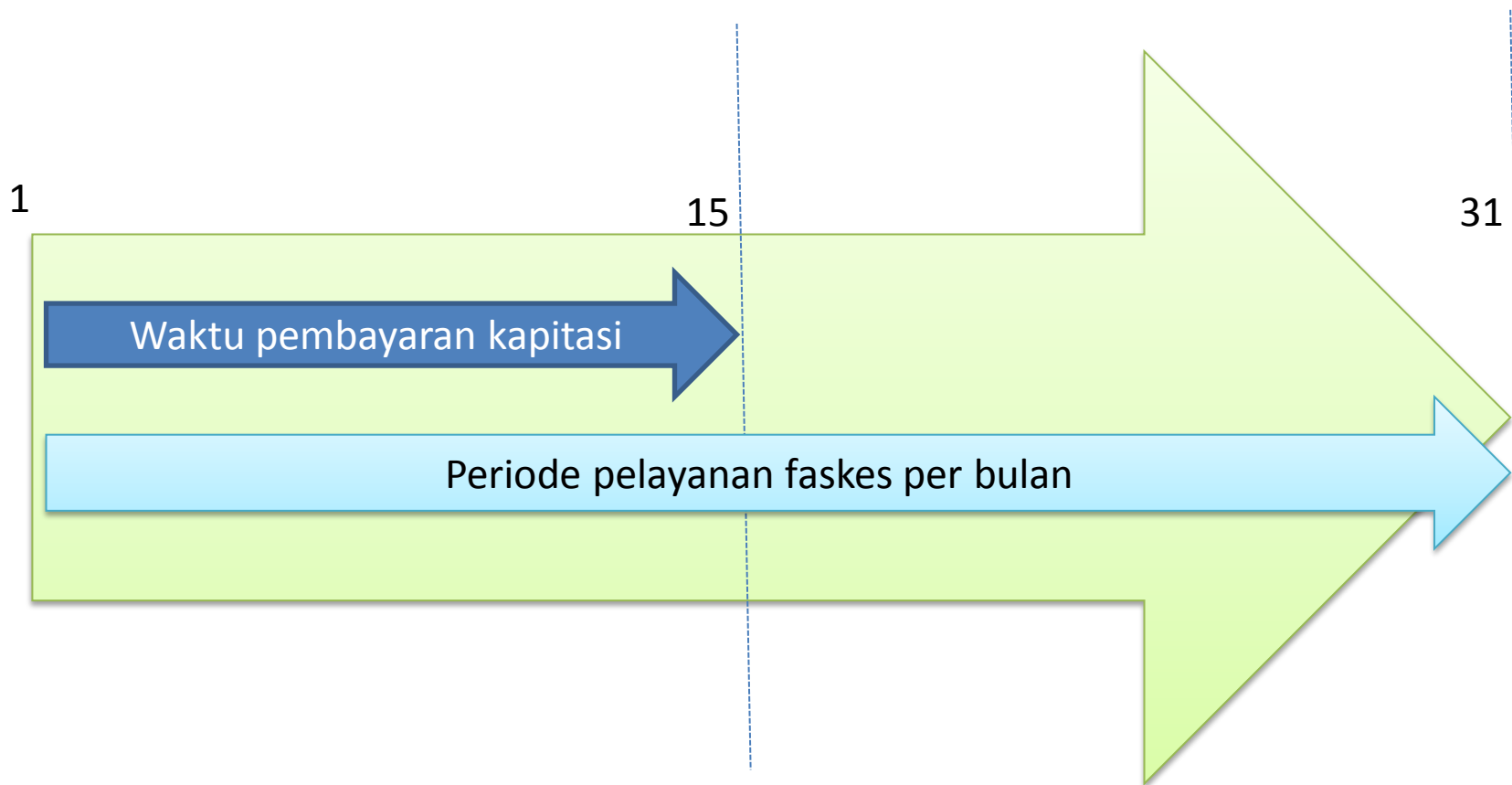
- Pembiayaan per case
- Besaran income RS tergantung kompleksivitas kasus dan efisiensi pelayanan
- Mendorong efisiensi



PERUBAHAN POLA PEMBIAYAAN

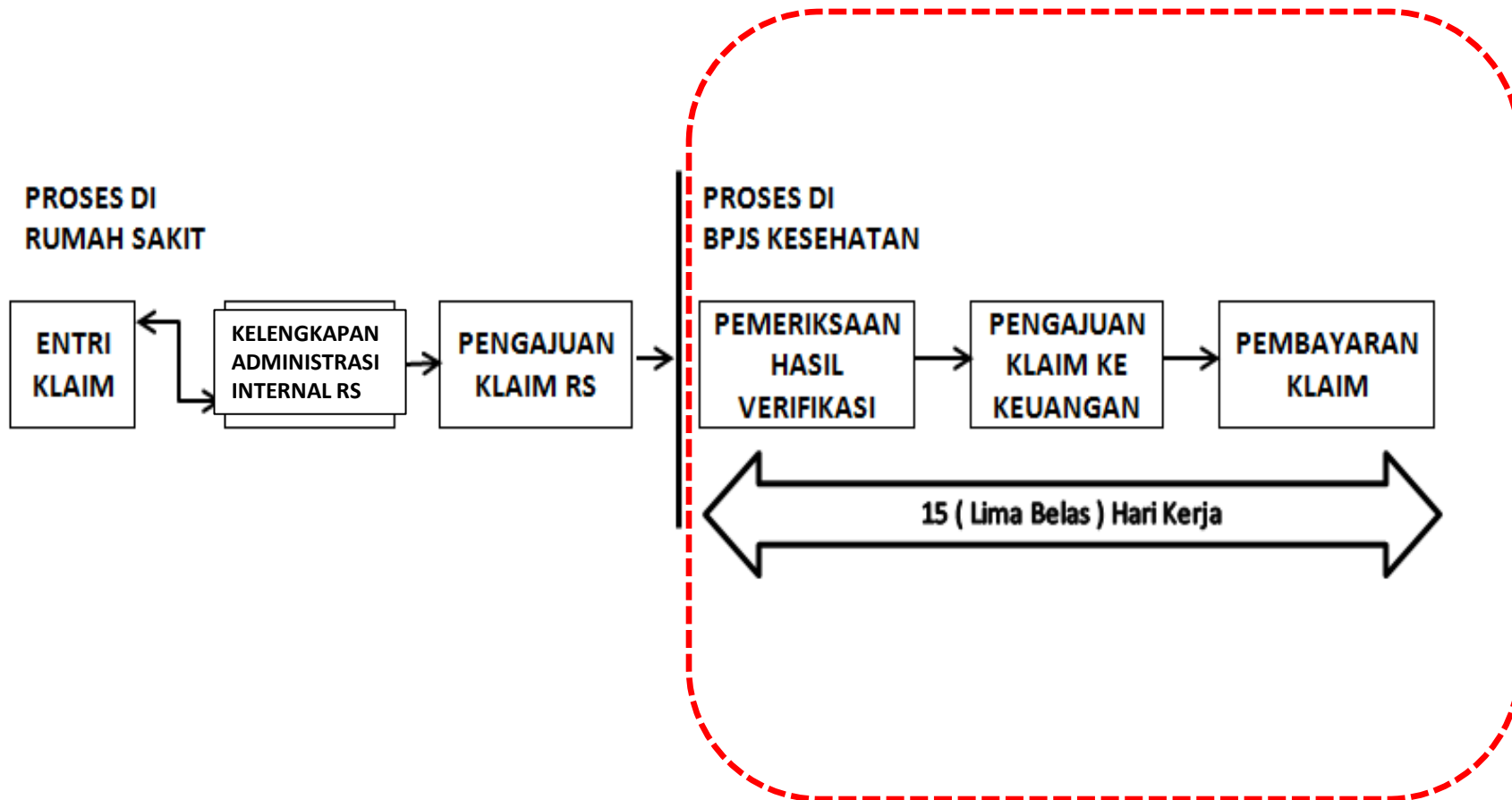


Pembayaran Kapitasi dan Pelayanan Faskes Tingkat Pertama

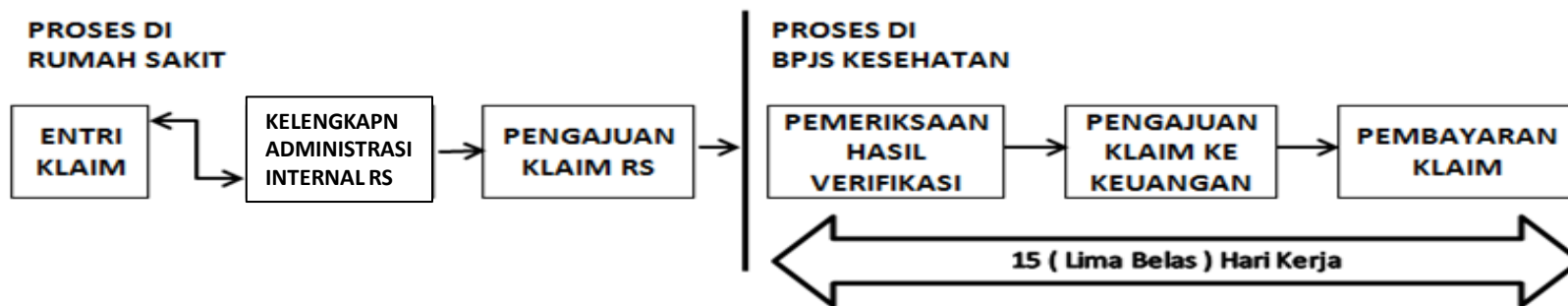




Proses Pembayaran Klaim Rumah Sakit



Permasalahan & Tindak Lanjut Percepatan Pembayaran Klaim Rumah Sakit

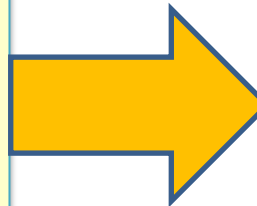


PERMASALAHAN

- Rumah Sakit belum proses entri klaim:
 - Kendala waktu entry / Klaim Jamkesmas
 - Pemahaman RS terhadap INA CBG's versi 4.0
- Rumah Sakit kekurangan tenaga entry Ina CBG's (termasuk Coder INA CBGs)
- Aplikasi SEP dan SIM RS masih dalam proses *bridging*
- Penggunaan aplikasi SEP masih terkendala oleh hal teknis

TINDAK LANJUT:

- Koordinasi dengan Rumah Sakit untuk percepatan entri klaim
- Sosialisasi ke jajaran RS dan BPJS Kesehatan terkait dokumen klaim INA CBGs yang diperlukan/tidak diperlukan
- Optimalisasi penyamaan pemahaman INA CBGs baik secara langsung ataupun melalui media (leaflet)
- Kebijakan tentang pembayaran Uang Muka sebesar 50%—75% dari pengajuan klaim walaupun belum di verifikasi





KEBIJAKAN UANG MUKA KLAIM PELAYANAN KESEHATAN

Tujuan : Meningkatkan Pelayanan Kepada Rumah Sakit

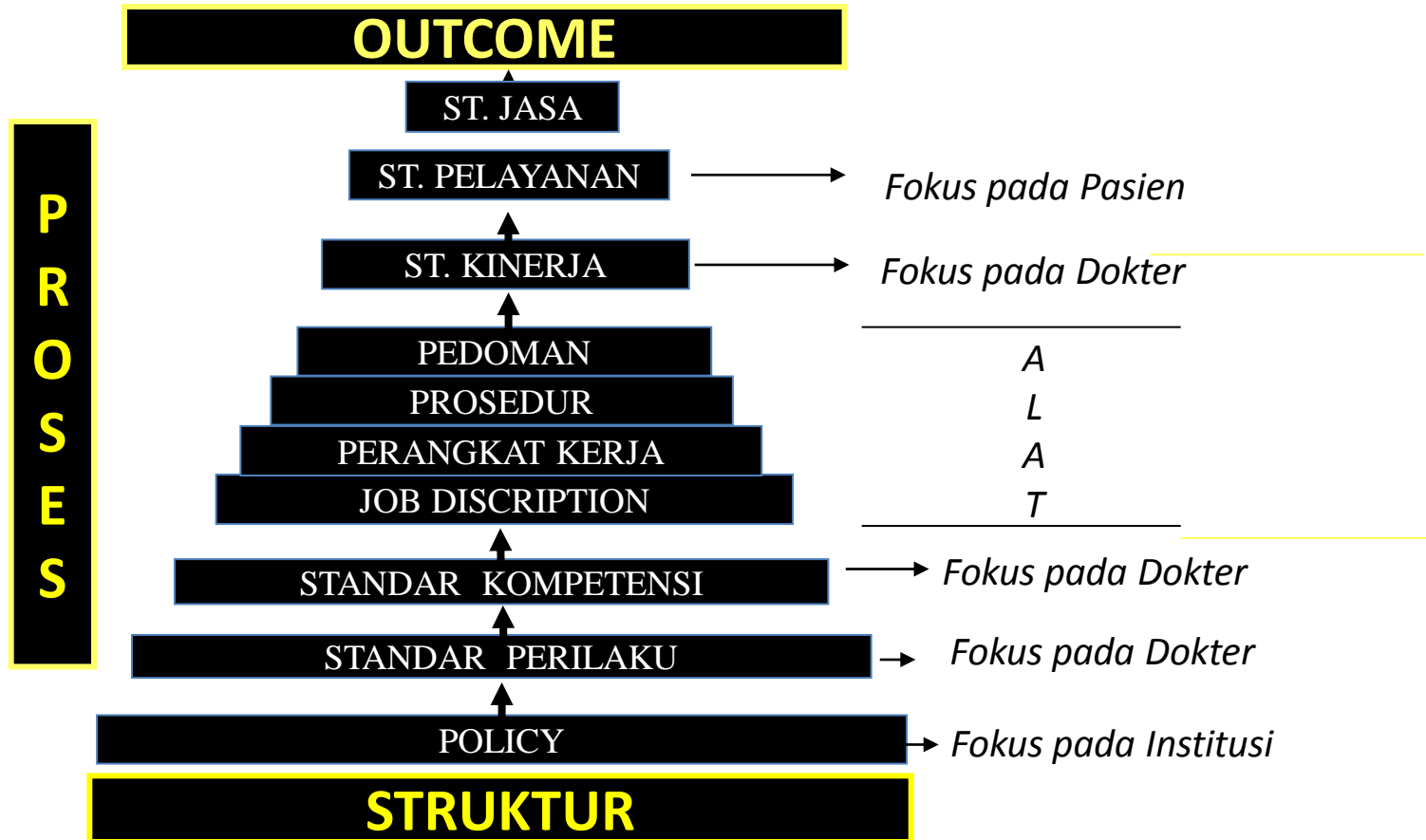
1. Diberikan kepada Rumah Sakit yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
2. Permintaan **secara tertulis** oleh Rumah Sakit & telah dilakukan entry data pada Aplikasi INA CBG's.
3. Pemberian UMK **maksimal 50% sd 75% dari tagihan** sesuai Formulir Pengajuan Klaim (FPK).
4. Uang Muka Klaim diberikan tidak harus menunggu semua kelompok perawatan lengkap:
 - Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
 - Rawat Inap Tingkat Lanjutan
 - Sesuai kebutuhan Rumah Sakit



Konsep kendali Mutu



MUTU PELAYANAN



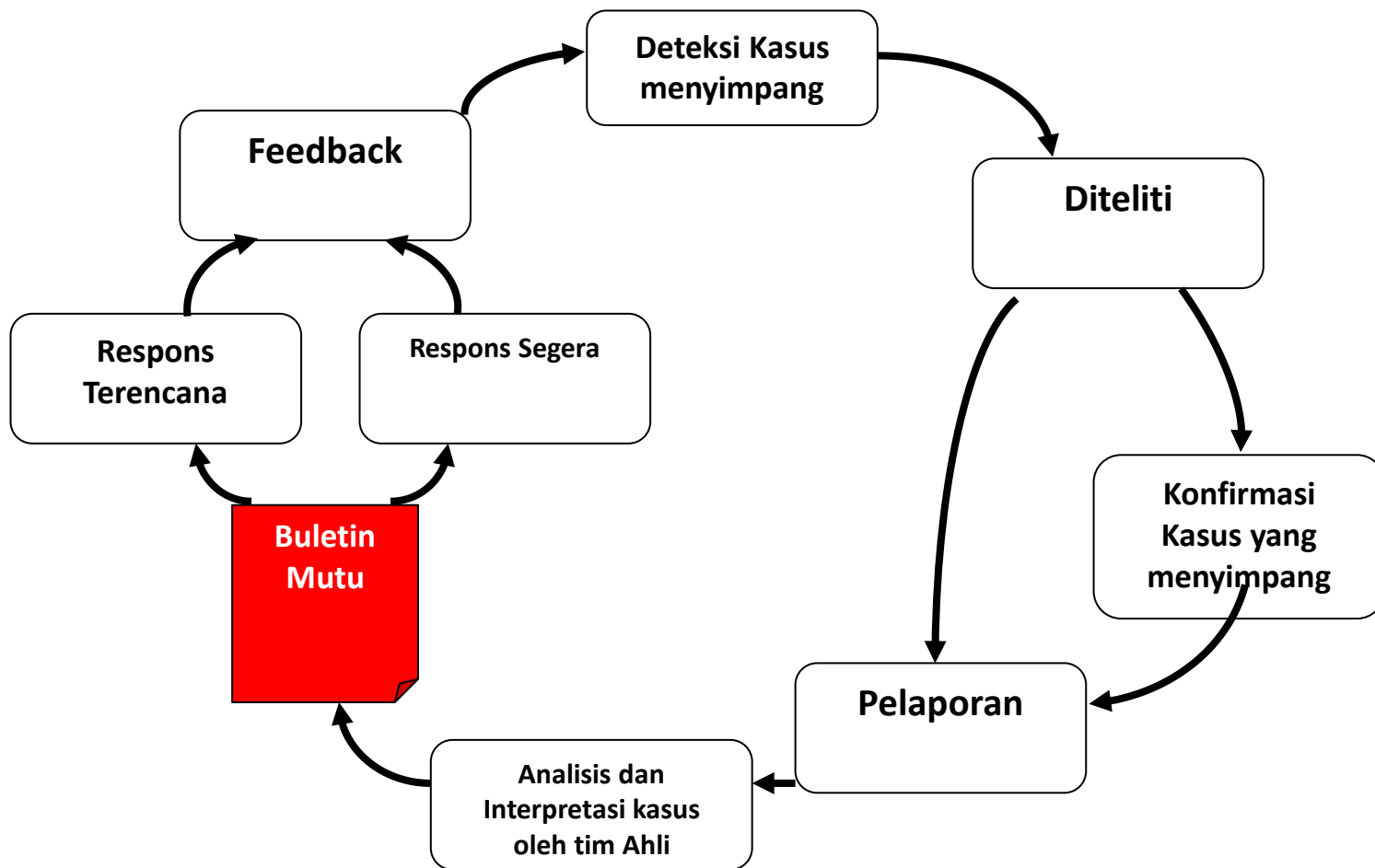
Source: Donabedian A, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment.
Jacobalis S. Soetono G



	HTA Health Technology Assessment	CAB Clinically Advisory Board	Tim Kendali Mutu&Biaya JKN	DPM Dewan Pertimbangan Medik
Definisi	Dibentuk oleh Menteri Kesehatan	Dibentuk oleh Menteri Kesehatan	- Difasilitasi oleh BPJSK INDEPENDEN!	- Dibentuk oleh BPJS Kesehatan - Supporting BPJSK - Medical Judgement/2nd Opinion
Struktur	Tingkat Pusat	Tingkat Pusat	- Tk Pusat - Tk. Divisi Regional - Tk Cabang	- Tk. Pusat - Tk. Divisi Regional
Aktivitas	Memberikan penilaian teknologi kesehatan	Memberikan rekomendasi terkait dengan permasalahan teknis medis pelayanan kesehatan	Rapat Rutin: - evaluasi mutu pelayanan kesehatan - Audit Medis - Sosialisasi & Pembinaan etika disiplin profesi	Medical Judgment Klaim Investigation Utilization Review
Keanggotaan	Ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan RI	Organisasi Profesi & Akademisi Kedokteran	Organisasi Profesi, Pakar Klinis, dan Akademisi	Pakar Klinis



Prinsip Surveilans dan Respons





Prinsip Surveilans Untuk Mutu

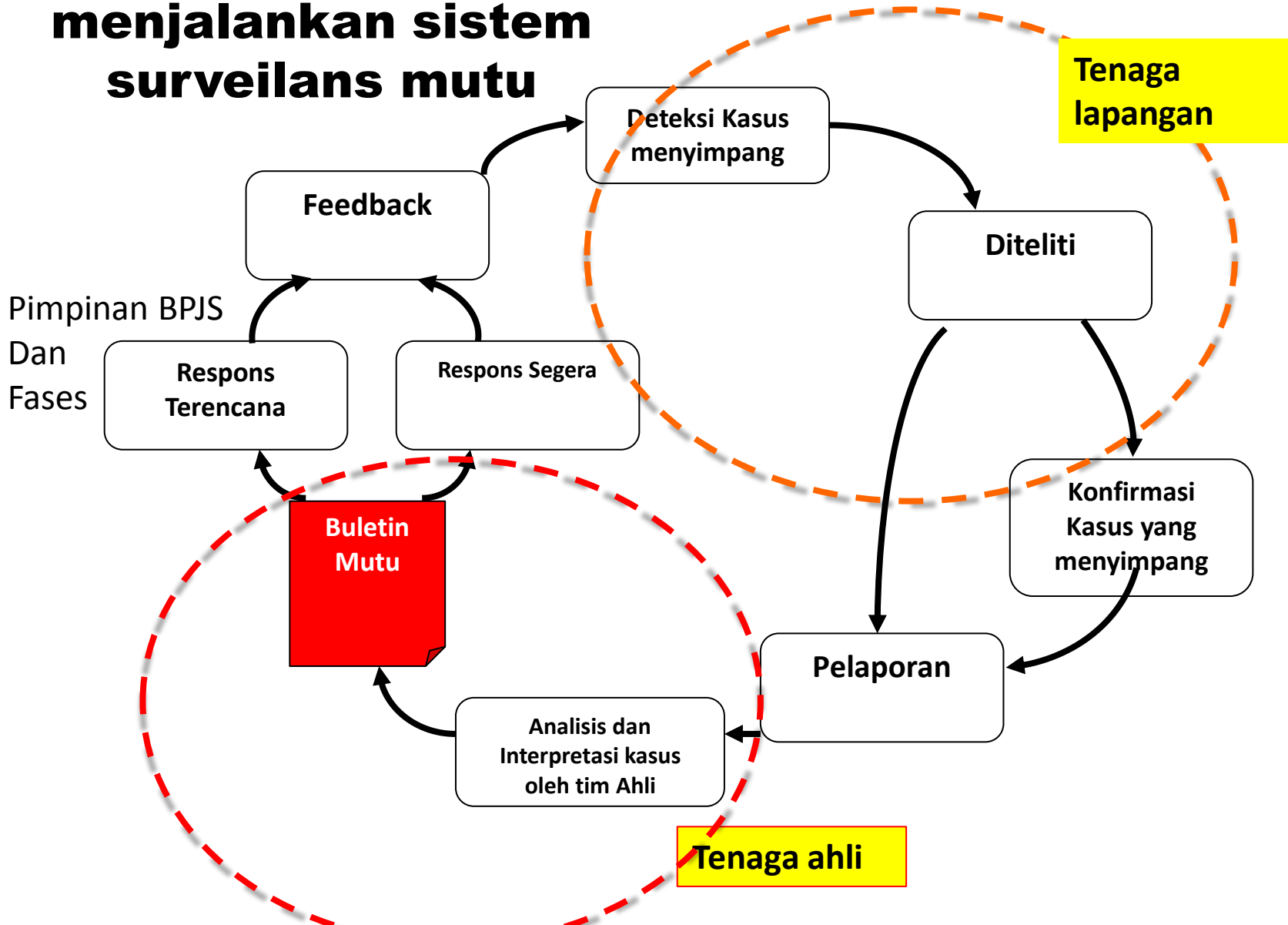
- Tim yang independen melakukan rapat rutin;
- Harus menggunakan data sebagai bahan bukti untuk pengambilan keputusan (***Evidence Based***).
- Dari mana sumber datanya?
- Perlu memahami penggunaan prinsip Surveilans yang diterapkan dalam Mutu Pelayanan Kesehatan



Apa saja yang di Surveillance

- Gejala Penyimpangan Mutu Pelayanan Klinik
- Gejala terjadinya Fraud dalam Tindakan Klinik di RS

Pembagian kerja untuk menjalankan sistem surveilans mutu





Pengelolaan Abuse dan Fraud



- **Organisasi** : Departemen Manajemen Utilisasi
- **Kebijakan** :
 - Pedoman Pengendalian Pelayanan dan Penanganan Fraud dan Abuse Pelkes
 - Pedoman Verifikasi dan UR
 - Pembentukan Tim Anti Fraud
 - Aplikasi Pengendalian
- **Kegiatan** :
 - Identifikasi – Pelaporan – Analisa – Rekomendasi
 - Pemeriksaan mandiri atas klaim yang telah dibayarkan



**Duta BPJS Kantor
Cabang/ BPJS Center**

- Mendeteksi Kejadian Teridentifikasi F & A
- Membuat Laporan Kejadian



**Tim Anti Fraud Kantor
Cabang/ Divisi Regional**

- Melakukan pemeriksaan mandiri atas klaim yang telah dibayarkan oleh KC
- Melakukan analisa & memberikan Rekomendasi



Kantor Pusat

Rekomendasi dan Tindak Lanjut



REVIEW KEJADIAN TERIDENTIFIKASI FRAUD & ABUSE PELAYANAN KESEHATAN *PT ASKES (PESERO) TAHUN 2013*

**Jumlah
Kejadian**

**Potensi
Kerugian
Biaya (Rp)**

FASKES

3.924

5,657 M

PESERTA

270

223,45
Juta

INTERNAL

-

-



5 JENIS KEJADIAN TERBANYAK FRAUD & ABUSE PELAYANAN KESEHATAN PT ASKES (PESERO) TAHUN 2013

FASKES

- Upcoding
- Tagihan tanpa berkas pendukung
- Medical necessity
- Unbundling
- False claim

PESERTA

- Penggunaan kartu oleh yang tidak berhak
- Kartu tidak berlaku
- Pelayanan Non prosedur
- Usaha mendapatkan pelayanan diluar jaminan
- Rujukan tidak valid : mencoret rujukan, rujukan tidak berlaku



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

TERIMA KASIH



www.bpjs-kesehatan.go.id